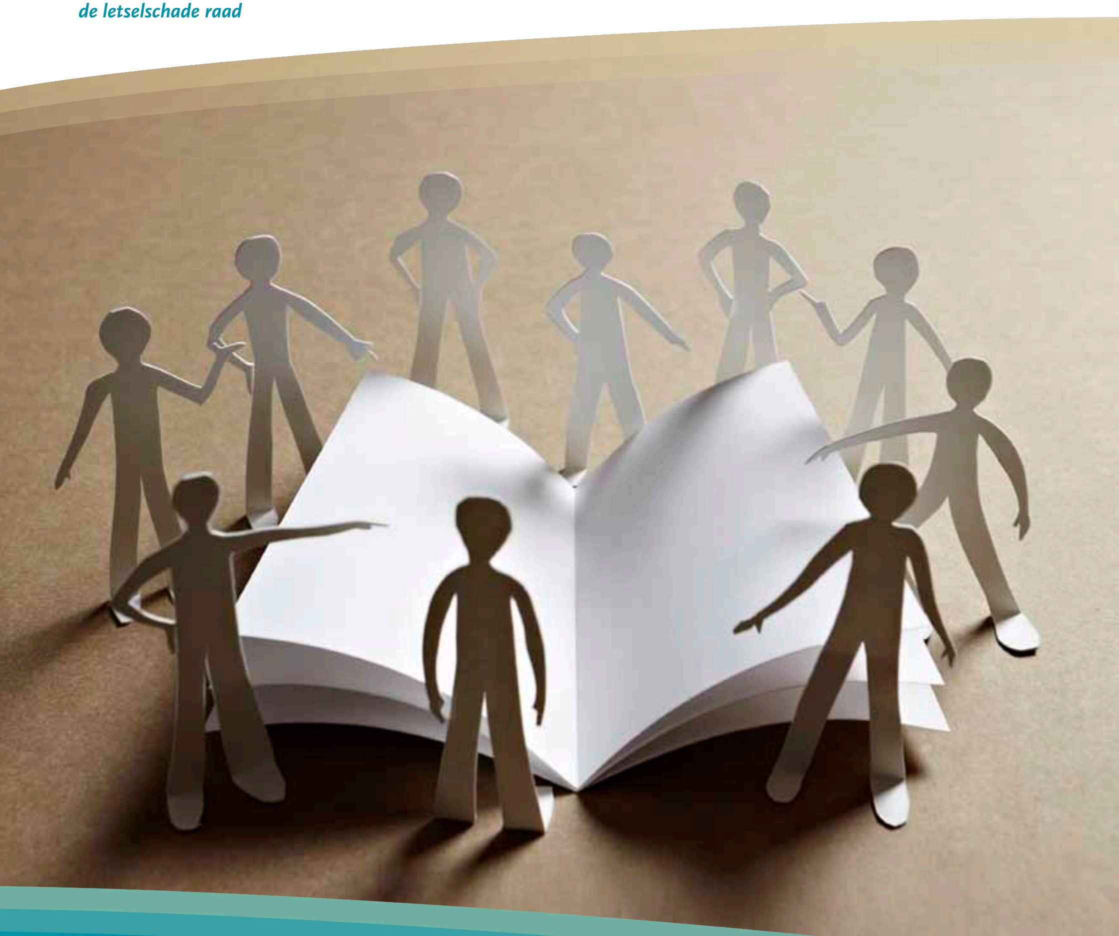


Gedragscode

Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA)

deletselschaderaad.nl

De Letselschade Raad wil de harmonie en duidelijkheid in de afhandeling van personenschade cq. letselschade vergroten. Daarom wordt gestreefd naar een betere en meer persoonlijke bejegening van het slachtoffer, alsmede een verbetering van de technische aspecten van de schaderegeling.

De Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA) wordt gefaciliteerd door De Letselschade Raad en is opgesteld door vertegenwoordigers van de Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken (GAV), Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), Verbond van Verzekeraars (Centramed, MediRisk, PIV, Rechtsbijstandsverzekeraars), Vrije Universiteit en Erasmus Universiteit. Als adviseurs zijn het Ministerie van Justitie, de Vereniging van Advocaten voor Slachtoffers van Personenschade (ASP) en de Vereniging Letselschade Advocaten (LSA) betrokken geweest.

Gedragscode

Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA)

COLOFON

Uitgave | De Letselschade Raad

Een elektronische versie van De Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA) is te vinden op de website van De Letselschade Raad: deletselschaderaad.nl/goma

Vormgeving | Hoogteyling BNO, Schiedam

Druk | Thieme MediaCenter Rotterdam

1e druk, Den Haag, juni 2010

INHOUD



Inleiding

Algemeen

Deze aanbevelingen betreffen enerzijds het handelen van degenen die betrokken zijn bij de afwikkeling van de gevolgen voor een patiënt van een incident in de gezondheidszorg, en anderzijds een adequate afwikkeling van verzoeken om schadevergoeding. Aanleiding zijn de problemen die zich voordoen bij de afwikkeling van aansprakelijkheidsclaims. De aanbevelingen zijn daartoe echter niet beperkt en hebben ook betrekking op de fase die voorafgaat aan een eventuele aansprakelijkstelling. De aanbevelingen beogen niet het recht met betrekking tot aansprakelijkheid te wijzigen (dat zou aan de wetgever zijn), maar het proces van afwikkeling te verbeteren alsmede om openheid over incidenten te bevorderen.

Domein van de aanbevelingen

Deze Gedragscode (de GOMA) heeft de belangen op het oog van individuele rechtzoekende patiënten die van mening zijn dat zij schade hebben opgelopen door onjuist handelen van een hulpverlener of een zorginstelling. Dergelijke schade kan voortkomen uit wat in de gezondheidszorg meestal een 'incident' wordt genoemd. In de context van deze Gedragscode wordt met 'incident' bedoeld: een onbedoelde gebeurtenis die tot schade aan de

patiënt heeft geleid of nog kan leiden [1,2]. Dergelijke incidenten genereren wettelijke informatieverplichtingen jegens de patiënt of zijn naasten [3] en kunnen uiteindelijk ook tot een aansprakelijkstelling leiden. De manier waarop de zorgaanbieder op een dergelijk incident reageert, kan in sterke mate bepalen hoe het traject daarna verloopt [4]. Er zijn tal van aanwijzingen dat een adequate reactie op incidenten een formalisering en juridisering van het traject daarna kan voorkomen of verminderen. Daarbij gaat het met name ook om een adequate reactie op de emotionele aspecten. Er zijn daarom twee belangrijke redenen om in deze Gedragscode nadrukkelijk aandacht te besteden aan de fase die ligt tussen het moment waarop zich een incident voordoet en het moment waarop de patiënt overweegt een klacht of een schadeclaim in te dienen:

1. in deze fase kan een adequate reactie van de zorgaanbieder ertoe bijdragen dat misverstanden omtrent een onnodige klacht of claim worden voorkomen en dat escalatie in de verhouding zorgaanbieder-patiënt wordt tegengegaan;
2. indien de patiënt toch een klacht of claim indient, kan een adequate reactie van de zorgaanbieder mogelijk bijdragen aan een vlotte en voor de patiënt bevredigende behandeling van de klacht c.q. afhandeling van de claim.

Om deze redenen bestaat de Gedragscode uit twee delen. Een **Deel A** over de adequate reactie op incidenten die tot schade hebben geleid of nog kunnen leiden. En een **Deel B** over de adequate afhandeling van verzoeken om schadevergoeding.

Lang niet ieder incident in de hiervoor beschreven zin zal een grondslag voor aansprakelijkstelling opleveren. Omdat dit onderscheid echter tevoren niet is te maken, heeft **Deel A** van deze Gedragscode betrekking op al dergelijke incidenten. De in **Deel A** opgenomen aanbevelingen sluiten aan bij de huidige en komende wetgeving en bij de professionele standaard van zorgaanbieders [5].

....

1 volgens Wagner en Van der Wal, 2005

2 In het kader van de kwaliteitssystemen die binnen de gezondheidszorg gebruikelijk zijn, wordt een bredere definitie van ‘incident’ gehanteerd. Daaronder vallen ook onbedoelde gebeurtenissen die tot schade *hadden kunnen leiden* maar die tijdig zijn ontdekt waardoor schade kon worden voorkomen (‘near misses’).

3 zie Van Bon en Molendijk, 2009; KNMG, 2007

4 Van Bon en Molendijk, 2009; Feinmann, 2009

5 KNMG, 2007

Partijen en hun rollen

In de eerste fase na een incident zal de patiënt doorgaans vooral contact hebben met de zorgaanbieder. Uit de aard van de relatie tussen een patiënt en een zorgaanbieder vloeit voort dat de zorgaanbieder adequaat en zorgvuldig moet reageren in gevallen waarin sprake is van een incident. De zorgaanbieder heeft dan de leiding in verband met zijn verantwoordelijkheid voor adequate (na)zorg. Deze verantwoordelijkheid betreft niet alleen de gevolgen van het incident voor de gezondheidssituatie van de patiënt. Het betreft ook de afhandeling van de schade als (uiteindelijk) sprake blijkt te zijn van een toerekenbare tekortkoming van de zijde van de zorgaanbieder. Besluit een patiënt vervolgstappen te ondernemen, dan blijft de zorgaanbieder verantwoordelijk voor een zorgvuldige en voortvarende afwikkeling. Echter, bij aansprakelijkstelling komt ook de rol en verantwoordelijkheid van de aansprakelijkheidsverzekeraar (hierna: de verzekeraar) in beeld. Op dat moment is er sprake van gedeelde verantwoordelijkheden van zorgaanbieder en verzekeraar. De zorgaanbieder heeft, voor zover dat in zijn vermogen ligt, de verantwoordelijkheid erop toe te zien dat een schadeclaim binnen een redelijke termijn wordt afgehandeld. En hij moet daarbij alles doen wat daaraan kan bijdragen (waaronder passend en voortvarend reageren op verzoeken van zijn verzekeraar om informatie of reactie). Op de verzekeraar rust de verantwoordelijkheid om een ingediende claim zorgvuldig en voortvarend te beoordelen en te behandelen.

De patiënt kan zelf de zorgaanbieder aansprakelijk stellen of daarvoor een op dit terrein gespecialiseerde, juridische belangenbehartiger in de arm nemen. In het eerste geval communiceert hij zelf rechtstreeks met de zorgaanbieder en diens verzekeraar. In het tweede geval heeft de communicatie plaats tussen de verzekeraar en de belangenbehartiger. In een aantal aanbevelingen wordt uitgegaan van de laatstgenoemde situatie. Wanneer er echter geen belangenbehartiger is ingeschakeld en de communicatie dus plaatsheeft tussen de verzekeraar en de patiënt, zijn de betreffende aanbevelingen naar analogie van toepassing.

Het is van belang dat alle betrokken partijen inzicht hebben in en op de hoogte blijven van het verloop van de behandeling van hun zaak. Het is aan de partijen om daarbij goed samen te werken, kwaliteit te leveren en de voortgang van het traject daar waar mogelijk te bespoedigen en in ieder geval te bewaken.

Opbouw

Hierna volgen 19 aanbevelingen met toelichting en een aantal *good practices* inzake de werkwijzen van de betrokken partijen. **Deel A** omvat 9 aanbevelingen en **Deel B** 10. Het gaat daarbij kort gezegd om:

- het informeren van de patiënt over de behandeling (1) en over een incident (3);
- het verzamelen en uitwisselen van de benodigde, medische informatie (2, 5, 6, 7, 14);
- het beperken van schade (4) en het erkennen van fouten (8);
- het informeren van de patiënt over (mogelijke) procedures (9, 10, 11);
- het opstellen van de aansprakelijkstelling (12);
- de standpuntbepaling door de aansprakelijkheidsverzekeraar (13, 15, 16);
- de gang van zaken bij het inschakelen van een medisch deskundige (17, 18, 19).

Het uiteindelijke doel van de aanbevelingen is open en transparante communicatie met goed inzicht in het traject voor alle betrokken partijen. Tevens zijn de aanbevelingen bedoeld om de voortgang van het proces te bewaken en de kosten en de belasting daarvan voor alle partijen te beperken.
De aanbevelingen hierna kunnen niet alle knelpunten met betrekking tot aansprakelijkheid oplossen. Zo zal het in veel zaken niet eenvoudig blijken om de aansprakelijkheidsvraag (heeft de zorgaanbieder een fout gemaakt?) en/of de causaliteitsvraag (heeft de fout tot schade geleid?) te beantwoorden. Een ander knelpunt betreft de kosten van rechtsbijstand zolang de aansprakelijkheid nog niet is erkend, wanneer de aansprakelijkheid slechts ten dele wordt erkend, of als bij gehele of gedeeltelijke erkenning van de aansprakelijkheid de hoogte van de claim inzake de kosten van rechtsbijstand wordt betwist. Het werken volgens de aanbevelingen kan bijdragen aan een zo goed mogelijke besteding van de beschikbare tijd en de met het traject gepaard gaande investeringen.



DEEL A
EEN ADEQUATE REACTIE OP INCIDENTEN

1

De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de patiënt op zorgvuldige en duidelijke wijze wordt geïnformeerd over de onderzoeken en behandelingen die hij ondergaat, zodanig dat de patiënt een weloverwogen besluit kan nemen over het voorgestelde onderzoek of de voorgestelde behandeling.

TOELICHTING Deze algemene informatieplicht van de zorgaanbieder is ook in de wet geregeld (art. 7:448 BW). Niet alleen een aantal incidenten maar ook veel aansprakelijkheidsgeschillen tussen zorgaanbieders en patiënten ontstaan door gebrekkige informatie en communicatie. Dat wijst de praktijk geregeld uit. Het is vooral van belang de patiënt voorafgaand aan een onderzoek of behandeling te informeren over mogelijke complicaties en risico's die met het voorgenomen onderzoek of de voorgenomen behandeling gepaard gaan.
Met 'zorgaanbieder' wordt gedoeld zowel op de verantwoordelijke zorginstelling als op de betrokken individuele beroepsbeoefenaren. Daaronder zijn begrepen individuele beroepsbeoefenaren die niet aan een zorginstelling verbonden zijn maar hun beroep beoefenen vanuit een eigen en/of gezamenlijke praktijk. Zij kunnen onderling bepalen welke persoon aan een patiënt invulling geeft aan hetgeen deze Gedragscode omschrijft als een verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder.

2 De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de dossiers van de patiënt op adequate wijze en tijdig worden bijgehouden. In het geval van een incident met (mogelijke) gevolgen voor de patiënt wordt informatie in het dossier opgenomen over de aard en toedracht van het incident, en over de (mogelijke) gevolgen van het incident voor de patiënt.

TOELICHTING De dossierplicht van hulpverleners is wettelijk geregeld (art. 7:454 BW). In de praktijk blijkt er nogal eens sprake te zijn van gebrekkige dossiervoering. Dit heeft negatieve gevolgen voor de patiënt die zijn recht op informatie niet kan effectueren. Er zijn ook nadelige gevolgen voor de zorgaanbieder. Hij kan in een juridische procedure worden geconfronteerd met een omkering van de bewijslast of met een rechterlijk bevel om de patiënt inzage te verlenen in het meldingssysteem voor incidenten.
In het in 2007 tot stand gekomen Beleidsdocument veilig melden (ondertekend door KNMG, Orde van Medisch Specialisten, V&VN, NVZ, NFU en NPCF) is bepaald dat patiënten gewezen worden op de mogelijkheid om zelf incidenten te melden (artikel 3.8). In dat geval zijn de aanbevelingen 2, 4, 5 en 6 van overeenkomstige toepassing en wordt de gebeurtenis behandeld als een incident.

3 Als zich een incident heeft voorgedaan met (mogelijke) gevolgen voor de patiënt, neemt de zorgaanbieder daarover zo snel mogelijk, maar uiterlijk binnen 24 uur na het ontdekken van het incident, contact op met de patiënt.

TOELICHTING Het is voor de patiënt van groot belang dat de zorgaanbieder snel op een incident reageert. In de praktijk zal doorgaans de (eind)verantwoordelijke behandelaar dit doen en contact opnemen met de patiënt. Vaak is een incident snel zichtbaar. Soms blijkt pas langere tijd na een onderzoek of een behandeling dat van een incident gesproken moet worden. Ook in dat geval zijn de aanbevelingen uit deze Gedragscode van toepassing.

4 De zorgaanbieder onderneemt wat nodig is om eventuele negatieve gevolgen van een incident voor de gezondheidssituatie van de patiënt weg te nemen of te beperken.

TOELICHTING Hierbij gaat het om medische zorg, herstelbehandelingen en dergelijke [6] geven bijvoorbeeld tips over het informeren van de patiënt en zijn familie:

- leg uw aanbevelingen over de verdere diagnostiek en therapie uit;
- leg de gevolgen van het incident voor de prognose uit.

5 De zorgaanbieder onderzoekt hoe het incident heeft kunnen ontstaan en onderneemt de activiteiten die nodig zijn om te voorkomen dat het incident zich nog eens voordoet (of op zijn minst om de kans daarop te verkleinen).

TOELICHTING Soms zal de oorzaak van een incident meteen duidelijk zijn, in andere gevallen kan daarvoor nader onderzoek nodig zijn. Wetenschappelijk onderzoek wijst uit dat de patiënt het belangrijk vindt om te vernemen hoe wordt voorkomen dat wat hem is overkomen ook anderen zal treffen.

6 Zodra de toedracht van een incident bekend is, wordt de patiënt daarover duidelijk geïnformeerd. In het kader van deze communicatie wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de wensen en behoeften van de patiënt.

TOELICHTING Goede en tijdige communicatie over de medische aspecten is van groot belang. Het gevoel niet goed te worden geïnformeerd is een belangrijke '*trigger*' van klachten en claims. Door als zorgaanbieder adequaat en begripvol te reageren, is in een aantal gevallen te voorkomen dat de patiënt onnodig een klacht indient of een procedure begint. Zie ook hier voorbeelden van tips [7]:

6 Van Bon en Molendijk (2009, p.17)
7 Van Bon en Molendijk (2009, p. 17 en 23)

- vertel de patiënt en zijn familie wat er is gebeurd;
- breng betrouwbare informatie zodra deze bekend wordt zonder vertraging naar buiten;
- doe er alles aan om het vertrouwen van de patiënt en zijn familie te herstellen;
- neem alle zorgen van de patiënt serieus en pak ze in hun geheel aan;
- geef alle informatie over personen die klinische, financiële of andere ondersteuning kunnen bieden.
- Wenst de patiënt schriftelijke informatie over de aard en toedracht van een incident? Dan wordt hem een afschrift van de betreffende passage uit zijn dossier (zie aanbeveling 2) ter beschikking gesteld.

7 In geval van een incident waardoor de patiënt schade oploopt, spant de zorgaanbieder zich, in aanvulling op het ter beschikking stellen van een volledig dossier, in voor het verzamelen van andere gegevens en verklaringen die behulpzaam kunnen zijn bij de vaststelling van de feiten.

TOELICHTING Deze aanbeveling is ontleend aan de Algemene Voorwaarden Ziekenhuiszorg, zoals deze zijn opgesteld door de Consumentenbond en de NPCF. De aanbeveling geeft een invulling aan de juridische 'stelplicht' van de zorgaanbieder. Dit is de plicht om zoveel mogelijk feitelijke gegevens te verschaffen. Aan deze aanbeveling kan op verschillende manieren worden voldaan, bijvoorbeeld door het vastleggen van getuigenverklaringen (zie ook aanbeveling 2). Het kan aanbeveling verdienen om het vastleggen van getuigenverklaringen in overleg met de patiënt en diens belangenbehartiger te organiseren.

Aanbeveling 7 betreft de directe verantwoordelijkheden van de zorgaanbieder jegens de patiënt en moet los worden gezien van de gangbare kwaliteitssystemen binnen de zorgsector (zoals systemen voor de registratie en analyse van incidenten). De patiënt en zijn naasten hebben geen inzage in dergelijke systemen, tenzij de rechter de zorgaanbieder daartoe verplicht (zie ook Beleidsdocument, 2007).

Een patiënt kan er (jaren) later voor kiezen de zorgaanbieder (alsnog) aansprakelijk te stellen. Betrokken werknemers zijn dan mogelijk niet meer

beschikbaar of bereikbaar om een verklaring af te leggen. Om die reden is het van belang zo snel mogelijk na een incident verklaringen vast te leggen. Verder kan de situatie in een ziekenhuis, door bijvoorbeeld reorganisatie of verbouwing, dusdanig zijn veranderd dat de toedracht zich niet eenvoudig meer laat onderzoeken. Wanneer het incident betrekking heeft op het ziekenhuis zelf (de locatie), zoals bijvoorbeeld bij een valpartij, dan verdient het zelfs de voorkeur de situatie ter plaatse door middel van beeldmateriaal vast te leggen.

8 Indien uit het onderzoek naar de toedracht van het incident blijkt dat er sprake is geweest van een fout dan erkent de zorgaanbieder deze fout en biedt hij de patiënt verontschuldigingen aan.

TOELICHTING Als volgens de zorgaanbieder al uit het onderzoek naar de toedracht van het incident blijkt dat er een fout is gemaakt – hetzij door een beroepsbeoefenaar (inhoud van de zorgverlening), hetzij door de zorginstelling (organisatie en randvoorwaarden van de zorgverlening) – verdient het aanbeveling dat aan de patiënt te melden en daarvoor verontschuldigingen aan te bieden. Fouten, in de zin van verkeerd handelen, zijn er in soorten en maten, variërend van futiel tot zeer ernstig of zelfs fouten die tot de dood leiden. De wijze van communiceren met patiënten over fouten zal uiteraard in verhouding moeten staan tot de aard en gevolgen van de fout. Het is af te raden om, in situaties waarin van een fout gesproken kan worden, het woord 'fout' te vermijden of te maskeren. Dat kan leiden tot krampachtige gesprekssituaties waar patiënten snel doorheen kunnen prikken. Patiënten hebben doorgaans '*very well tuned bullshit sensors*' [8] . Tips in deze situatie zijn: bied excuses aan en leg uit wat er ondernomen wordt om herhaling van incidenten te voorkomen.
Het is van belang te onderscheiden tussen fouten en complicaties. Complicaties zijn onbedoelde gebeurtenissen die inherent (kunnen) zijn aan bepaalde onderzoeken of behandelingen. Van verkeerd handelen is dan geen sprake. Ook in het geval dat zich een complicatie voordoet is het van belang dat de zorgaanbieder de patiënt goed informeert en zich empathisch opstelt.

8 Feinmann, 2009

De erkenning van een fout door de zorgaanbieder staat niet gelijk aan civielrechtelijke aansprakelijkheid. Bovendien leidt niet iedere fout tot schade. Of de zorgaanbieder aansprakelijk is voor schade, vergt een nader onderzoek aan de hand van de geldende juridische regels. Deze beoordeling wordt namens de zorgaanbieder door zijn aansprakelijkheidsverzekeraar uitgevoerd. De zorgaanbieder doet er goed aan de patiënt te wijzen op dit onderscheid [9]. Hulpverleners mogen fouten toegeven, maar behoren zich niet uit te laten over eventuele aansprakelijkheid.

9 Als de patiënt naar aanleiding van een incident een klacht of claim wil indienen, informeert de zorgaanbieder hem schriftelijk over de verschillende mogelijkheden daartoe en over de daarvoor geldende criteria en procedures.

TOELICHTING Deze aanbeveling richt zich niet alleen op vervolgstappen na een incident. Het is voor alle partijen van belang dat de juiste klacht op de juiste plaats terechtkomt. Goede informatie over klachtmogelijkheden, in elk geval schriftelijk maar het liefst ook mondeling, is essentieel. Want een door een patiënt als onrechtvaardig of ontoereikend ervaren klachtenafhandeling kan ertoe bijdragen dat hij alsnog en soms onnodig een claim indient. Met onnodig worden bijvoorbeeld die situaties bedoeld waarin er geen sprake is van schade (en dus geen aansprakelijkheid) maar een patiënt zich bij de klachtenafhandeling niet gehoord voelt en via een andere weg alsnog gehoord wil worden.
Het ligt voor de hand de hier bedoelde informatie op te nemen in een voor de patiënt handzame en duidelijke folder of brochure. Hierin kan ook globaal aandacht worden besteed aan onderwerpen die met de bedoelde klachtmogelijkheden verband houden (klachtinstanties, toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg, aangifte bij de politie, adequate rechtshulpverlening, verjaringstermijnen, enzovoort).

9 zie ook Legemaate e.a., 2007

DEEL B
EEN ADEQUATE AFHANDELING VAN VERZOEKEN OM SCHADEVERGOEDING

10 Als de patiënt een juridische belangenbehartiger in de arm heeft genomen, informeert deze de patiënt over de bijzondere aard van medische aansprakelijkheidszaken en de daarmee gepaard gaande duur en de kosten van het traject.

TOELICHTING De patiënt die ervoor kiest om de zorgaanbieder aansprakelijk te stellen voor de door hem geleden schade, kan daartoe een professionele, op dit terrein gespecialiseerde, juridische belangenbehartiger inschakelen. Deze moet de patiënt informeren over de bijzonderheden van de problematiek van medische aansprakelijkheid.
Kiest de patiënt voor het civielrechtelijk aansprakelijk stellen van de zorgaanbieder, dan staat de beoordeling van de inspanning die de zorgaanbieder zich moet getroosten centraal. Wil er sprake zijn van een fout in juridische zin, dan moet worden aangetoond dat de zorgaanbieder is tekortgeschoten in de op hem rustende verplichtingen en dat daardoor schade is ontstaan. De schuldvraag is daardoor dikwijls, anders dan bij bijvoorbeeld verkeersongevallen, niet snel te beantwoorden. Het onderzoek naar de inspanning die geleverd had moeten worden, de inspanning die geleverd is en het trekken van een conclusie kost tijd. Ook de vraag of een eenmaal vastgestelde fout schade heeft veroorzaakt, is in medische aansprakelijkheidszaken complex en moeilijk te bewijzen. Het is daarom van belang dat de belangenbehartiger de patiënt hierover informeert. Verder zal de belangenbehartiger erop moeten wijzen dat bij deze onderzoeken medische informatie verzameld zal

moeten worden. En dat zowel de patiënt als de betrokken zorgaanbieder(s) hun visie mogen geven op hetgeen de zorgaanbieder wordt verweten. Door deze informatie wordt duidelijk gemaakt waarom het beoordelingstraject soms zoveel tijd in beslag neemt.
De hieraan verbonden (buitengerechtelijke) kosten komen in beginsel voor rekening van de opdrachtgever, de patiënt zelf. Als aansprakelijkheid (gedeeltelijk) kan worden aangetoond, komen de redelijke kosten van rechtsbijstand (gedeeltelijk) voor vergoeding in aanmerking als onderdeel van de totale schadeclaim. Wanneer de patiënt kiest voor de behartiging van zijn belangen door zijn rechtsbijstandverzekeraar, vormen de kosten van rechtsbijstand in principe geen knelpunt. De kosten van rechtsbijstand zijn dan met inachtneming van de polisvoorwaarden gedekt op zijn verzekering. Ook hierover wordt de patiënt vooraf geïnformeerd.
Het verdient vermelding dat deze aanbeveling niet strekt tot ontmoediging van een patiënt, maar om een reëel verwachtingspatroon bij een patiënt te creëren.

11

Wanneer de patiënt zelf rechtstreeks de zorgaanbieder aansprakelijk stelt, informeert de zorgaanbieder de patiënt in grote lijnen over het verdere verloop en de te verwachten procedure. Tevens meldt de zorgaanbieder of hij de behandeling van de schadeclaim overdraagt aan zijn verzekeraar.

TOELICHTING Schakelt de patiënt geen belangenbehartiger in maar stelt hij zelf de zorgaanbieder aansprakelijk? Dan rust de informatieplicht uit aanbeveling 11 op de zorgaanbieder en/of diens aansprakelijkheidsverzekeraar. Een aantal zorgaanbieders heeft afspraken met zijn aansprakelijkheidsverzekeraar over de behandeling van een aansprakelijkstelling. Zorgaanbieders met bijvoorbeeld een hoog eigen risico behandelen deze vaak zelf als zij inschatten dat de omvang van de schade binnen het eigen risico valt. Het moet voor de patiënt duidelijk zijn met wie hij – voorlopig – te maken heeft. Dat is reden om de patiënt hierover specifiek te berichten. Het verdient bovendien de voorkeur om te melden wanneer in die situatie verandering zou kunnen komen.

12 De belangenbehartiger draagt zorg voor een goed gemotiveerde en onderbouwde aansprakelijkstelling en omschrijft zo mogelijk de medische en feitelijke gevolgen van de fout.

TOELICHTING Het is noodzakelijk om in de aansprakelijkstelling duidelijk aan te geven welk concreet verwijt de zorgaanbieder wordt gemaakt. Dit is nodig om met de verzekeraar van de zorgaanbieder een gesprek te kunnen voeren dat leidt tot een erkenning of een beargumenteerde afwijzing van aansprakelijkheid of een voorstel om nader deskundigenonderzoek naar aansprakelijkheid te doen. De aansprakelijkstelling moet daarom minstens bevatten: 1. een weergave van de relevante feiten en 2. een betoog over hoe een behandeling had moeten verlopen in de ogen van de patiënt of diens belangenbehartiger en wat volgens hen in het onderhavige geval fout is gedaan. In dit kader is het van belang dat, voordat er tot aansprakelijkstelling wordt overgegaan, door of namens de patiënt alle relevante medische informatie wordt verzameld die voor de beoordeling van de aansprakelijkheid en eventuele gevolgen noodzakelijk is. Het kunnen beschikken over deze informatie biedt de belangenbehartiger bovendien de mogelijkheid om de patiënt gedegen te adviseren over de haalbaarheid van een claim. Informatie over de vervolgbehandelingen elders kan duidelijkheid bieden bij de beantwoording van de aansprakelijkheidsvraag. Denk bijvoorbeeld aan beeldopnamen bij een resterilisatie. Ook zal deze informatie behulpzaam kunnen zijn bij de beantwoording van de vraag of een eventuele fout ook tot schade voor de patiënt heeft geleid. Is dit niet het geval, dan zou het advies kunnen luiden om geen schadeclaim in te dienen.

De in deze aanbeveling geformuleerde eisen aan de aansprakelijkstelling kunnen uiteraard alleen gesteld worden aan een professionele belangenbehartiger en niet aan de patiënt zelf. Want de patiënt beschikt in het algemeen niet over de daarvoor benodigde deskundigheid. Omdat in het algemeen de patiënt minder deskundig zal zijn op juridisch en medisch gebied, kan het gebeuren dat de aansprakelijkstelling niet of nauwelijks is onderbouwd met relevante feiten en/of argumenten die pleiten voor aansprakelijkheid. In dat geval zal de zorgaanbieder of zijn verzekeraar de patiënt vragen de aansprakelijkstelling nader toe te lichten, alvorens zich een mening te vormen over de aansprakelijkheid. Overigens dient te worden opgemerkt dat de patiënt

niet te lichtvaardig over de omvang van de schade moet denken. In bepaalde gevallen lijkt de omvang van de schade gering, maar kan de uiteindelijke schade, bijvoorbeeld door gevolgschade, groter zijn dan aanvankelijk gedacht. Het verdient aanbeveling dat tegelijkertijd met de aansprakelijkstelling, waar mogelijk, inzicht wordt verschaft in de aard en omvang van de schade. De aansprakelijkheidsverzekeraar heeft immers voor een effectieve en efficiënte behandeling van de zaak behoefte aan een zo uitgebreid mogelijk beeld van de schade. Hij zal willen weten of de patiënt bijvoorbeeld nog onder behandeling is of nog operaties moet ondergaan. Ook zal de aansprakelijkheidsverzekeraar geïnformeerd willen worden over feitelijke gevolgen, waaronder bijvoorbeeld de behoefte aan – huishoudelijke – hulp en de mate van arbeidsongeschiktheid. Deze informatie zal ook bijdragen aan de transparantie en voortvarendheid van het proces. Het is in dit stadium overigens nog niet nodig om een uitgebreide berekening van de schade te produceren.

13 De aansprakelijkheidsverzekeraar maakt zich per omgaande, maar uiterlijk binnen twee weken nadat hij de aansprakelijkstelling van de zorgaanbieder heeft ontvangen, als betrokken partij bekend aan de afzender van de aansprakelijkstelling. Om transparantie over het traject te bevorderen stuurt hij met dat bericht een brochure daarover mee.

TOELICHTING Weet de patiënt met wie hij te maken heeft bij de behandeling van zijn schadeclaim? Wat kan hij verwachten van de verzekeraar als hij een schadeclaim heeft ingediend? En is het te bewandelen traject voor hem inzichtelijk? Dat is allemaal van belang voor de patiënt. Wanneer de patiënt in deze fase nog niet heeft gekozen voor het inschakelen van een belangenbehartiger, wordt hij op die mogelijkheid gewezen. Daarbij wordt uitgelegd dat de hieraan verbonden kosten in beginsel voor rekening van de patiënt zelf komen. Bij gebleken aansprakelijkheid komen de redelijke kosten van rechtsbijstand als onderdeel van de totale schade voor vergoeding in aanmerking. Laat het zich in deze fase aanzien dat de omvang van de financiële schade gering is? Dan wordt de patiënt uitgelegd dat de kosten van een belangenbehartiger dan mogelijk niet als redelijk worden aangemerkt en daarmee niet of maar beperkt voor vergoeding in aanmerking komen.

Een voorbeeld ter verduidelijking

Er is sprake van een vertraging bij het stellen van de juiste diagnose van een aandoening. Al snel wordt duidelijk dat de vertraging op het uiteindelijke beloop niet dan wel weinig van invloed is geweest omdat de aandoening inmiddels met succes is behandeld en daarmee verdwenen. Daarmee blijven dan ook de gevolgen en de schade voor de patiënt gelukkig beperkt. Besteedt de belangenbehartiger, ondanks de hierboven vermelde wetenschap, veel tijd en daarmee kosten aan het in beeld brengen van bijvoorbeeld de exacte duur van de vertraging terwijl dit niet meer relevant is voor de bepaling van de schade of aan het onterecht handhaven van schadecomponenten? Dan worden die kosten al snel als onredelijk hoog beoordeeld en niet volledig vergoed.

GOOD PRACTICE De aansprakelijkheidsverzekeraar maakt zich in ieder geval schriftelijk bekend. Voorts kan hij, nog voordat hij zich over aansprakelijkheid heeft uitgelaten, de patiënt het voorstel doen een gesprek te arrangeren. Als de patiënt een belangenbehartiger heeft ingeschakeld zal deze bij dat gesprek uiteraard ook aanwezig kunnen zijn. Dat gesprek heeft bij voorkeur plaats bij de patiënt thuis. Niet alleen kan de patiënt zich zo rechtstreeks tot de verzekeraar van zijn zorgaanbieder richten, hij krijgt ook uit eerste hand uitleg over de werkwijze van de verzekeraar en indien nodig over de specifieke aspecten van een medische aansprakelijkheidszaak. Bovendien kan de verzekeraar hem informeren over de mogelijkheden die het sociaal voorzieningenstelsel zou kunnen bieden, zoals het verkrijgen van huishoudelijke hulp, een vervoersvoorziening of aanpassingen in huis. De verzekeraar krijgt zo bovendien de mogelijkheid om zich in een vroeg stadium een beeld te vormen over de gevolgen van een eventuele fout. In geval van erkenning van aansprakelijkheid kan hij meteen aan de slag kan met de schaderegeling.

14 Partijen stellen elkaar over en weer, met het oog op de beoordeling van de aansprakelijkheid en de gevolgen van de gestelde fout, de relevante medische en feitelijke gegevens ter beschikking.

TOELICHTING Het is een gezamenlijk belang om te werken op basis van wederzijds vertrouwen. Het is daarom belangrijk dat iedereen beschikt over alle relevante gegevens en dat partijen over dezelfde informatie beschikken. Dat zal ook de snelheid van het beoordelingstraject ten goede komen. De verplichting om informatie te verstrekken is niet onbegrensd. Het moet wel gaan om informatie die relevant is voor de beoordeling van de aansprakelijkheid en het causaal verband. Informatie over een abortus van vijftien jaar eerder die met de gestelde fout niets van doen heeft, hoeft uiteraard niet te worden uitgewisseld.

GOOD PRACTICE De belangenbehartiger vraagt bij aanvang van de zaak in ieder geval het medisch dossier op dat is opgebouwd door degene wie de fout wordt verweten. Tegelijk verzamelt de belangenbehartiger informatie uit de medische dossiers die in verband met vervolgbehandelingen elders zijn aangelegd. Uit kostenoverweging kan er ook voor worden gekozen dat de patiënt zelf zijn medisch dossier opvraagt. Nadat de zorgaanbieder aansprakelijk is gesteld, zullen deze gegevens gedeeld moeten worden met de verzekeraar van de zorgaanbieder. Dat is op verscheidene manieren te realiseren:

- de patiënt of de belangenbehartiger stuurt zelf, zodra de aansprakelijkheidsverzekeraar zich heeft gemeld, een kopie van de relevante beschikbare medische informatie naar deze verzekeraar;
- de patiënt ondertekent een gestandaardiseerd machtigingsformulier dat is opgesteld door de verzekeraar in samenspraak met de zorgaanbieders. Met dit formulier geeft de patiënt toestemming aan de zorgaanbieder om in het kader van de behandeling van de aansprakelijkstelling relevante gegevens uit het medisch dossier ter kennis te brengen aan de verzekeraar.

TOELICHTING MACHTIGINGSFORMULIER Als de patiënt zijn voornemen om een schadeclaim in te dienen al kenbaar maakt tijdens een contact met de zorgaanbieder, kan de zorgaanbieder dit formulier direct aan de patiënt geven. De zorgaanbieder geeft de patiënt een korte toelichting op de inhoud en

noodzaak van dit formulier en adviseert de patiënt om dit formulier ingevuld en ondertekend direct mee te zenden bij zijn aansprakelijkstelling.
Wanneer de patiënt eerst via een belangenbehartiger kenbaar maakt dat hij een schadeclaim indient, kan de zorgaanbieder of zijn verzekeraar het machtigingsformulier toezenden.
Benadrukt wordt het belang van spoedige retourzending van het ingevulde en ondertekende machtigingsformulier aan de zorgaanbieder of diens verzekeraar. Want de aansprakelijkheid kan pas beoordeeld worden nadat door de patiënt toestemming is verleend aan de zorgaanbieder om diens verzekeraar kennis te laten nemen van relevante gegevens uit het medisch dossier van de patiënt. Zolang die toestemming er niet is, is het niet mogelijk een schadeclaim te beoordelen en in behandeling te nemen.
Inzage in het medisch dossier bij een verzekeraar is in beginsel voorbehouden aan de medisch adviseur van de verzekeraar. Daarentegen is het in medische aansprakelijkheidszaken noodzakelijk dat alle behandelaars die betrokken zijn bij de schadeclaim kennis kunnen nemen van voor hen relevante gegevens uit het medisch dossier van de patiënt. Het medisch dossier wordt primair gebruikt voor de beoordeling van het handelen van de zorgaanbieder en van het causaal verband tussen de gevorderde schade en de betreffende fout van de zorgaanbieder. De behandeling van de schadeclaim betreft derhalve niet alleen een medische maar ook een juridische beoordeling. En het is om die reden dat niet alleen de medisch adviseur maar ook de schadebehandelaars, de letselschade-expert en de juridisch medewerker van de aansprakelijkheidsverzekeraar bevoegd moeten zijn de medische gegevens in te zien. Daarom dient het machtigingsformulier erin te voorzien dat de patiënt de zorgaanbieder machtigt om al deze betrokkenen het medisch dossier ter hand te stellen.

Aldus kunnen belangenbehartigers het machtigingsformulier na ondertekening door de patiënt op eigen initiatief al meezenden bij de aansprakelijkstelling. Daarmee hoeft dan niet gewacht te worden totdat de zorgaanbieder of diens verzekeraar het machtigingsformulier in reactie op de aansprakelijkstelling toezendt. Hiermee is een belangrijke tijdswinst te behalen die de voortgang van het proces voor alle betrokken partijen bevordert. Met dat machtigingsformulier zou de verzekeraar bovendien de gelegenheid kunnen worden geboden om ook bij andere zorgaanbieders informatie op te vragen, maar dat is aan de patiënt om te beslissen.

GOOD PRACTICES MACHTIGINGSFORMULIER Het verdient aanbeveling dat betrokken partijen (verzekeraars en hun verzekerden, de zorgaanbieders) spoedig een gestandaardiseerd machtigingsformulier opstellen. De verzekeraar kan daarmee één voorbeeld stellen voor alle zorgaanbieders. Dit voorkomt onnodig dubbel werk. Het gestandaardiseerde machtigingsformulier wordt opgesteld met inachtneming van de daarvoor geldende en opgenomen regelingen op grond van de Wet bescherming persoonsgegevens. Het verdient de voorkeur dat het gestandaardiseerde machtigingsformulier voor iedereen via de websites van de betrokken verzekeraars of zorgaanbieders te downloaden is.

15

De aansprakelijkheidsverzekeraar neemt in beginsel binnen drie maanden nadat hij de aansprakelijkstelling heeft ontvangen een onderbouwd standpunt in over de aansprakelijkheid. Mocht deze termijn niet haalbaar blijken, dan meldt hij dit onder opgave van redenen en geeft hij aan wanneer de patiënt alsnog een reactie kan verwachten.

TOELICHTING De aansprakelijkheidsverzekeraar zal zijn standpunt doorgaans in overleg met de zorgaanbieder bepalen. Zowel de zorgaanbieder als diens aansprakelijkheidsverzekeraar dienen zich ervoor in te spannen dat de aansprakelijkstelling voortvarend kan worden behandeld. De patiënt wil na het indienen van een schadeclaim snel weten waar hij aan toe is. Het opvolgen van deze aanbeveling is daarvoor een belangrijke voorwaarde. De aansprakelijkheidsverzekeraar is echter voor de haalbaarheid van de genoemde termijn ook afhankelijk van externe, moeilijk beïnvloedbare factoren. Denk daarbij aan informatie die een andere zorgaanbieder dan de aangesproken zorgaanbieder moet verstrekken hetgeen een vertragend effect kan hebben. De verzekeraar dient zich daarom te houden aan een zo kort mogelijke, maar wel reële termijn waarbinnen hij een standpunt kan bepalen. In de praktijk blijkt drie maanden in de meeste zaken een haalbare termijn.

16 De verzekeraar geeft schriftelijk en gemotiveerd aan wat hij erkent, wat hij afwijst en wat naar zijn mening nog nader onderzoek verdient. Hij laat, indien aan de orde, ook zijn standpunt weten over vergoeding van de gemaakte en te maken kosten van buitengerechtelijke rechtsbijstand en eventueel deskundigenonderzoek.

TOELICHTING De patiënt heeft op enig moment recht op duidelijkheid. Dan weet hij waar hij aan toe is en kan er, zo nodig, doelgericht en dus kostenbesparend nadere actie worden ondernomen. Bijvoorbeeld deskundigenonderzoek, een gerechtelijke procedure of het sluiten van de zaak.
Ziet de verzekeraar ook in dat zijn verzekerde een fout in de zin van een toerekenbare tekortkoming heeft gemaakt, maar het is nog niet duidelijk wat daarvan de medische en financiële gevolgen zijn? Dan zou dit niet meer mogen leiden tot het (blijven) afwijzen van 'aansprakelijkheid'. Een dergelijke houding leidt tot onnodige frustraties en extra kosten. Want er zal meer discussie dan noodzakelijk zijn over het al dan niet fout zijn van het handelen. Dat is een slecht uitgangspunt voor een verdere afwikkeling van de schade. De verzekeraar dient in zo'n geval te erkennen dat er een fout is gemaakt, welke die is en wat daarvan naar zijn mening de gevolgen zijn. Zo nodig kan de verzekeraar dan laten weten of er nader onderzoek verricht moet worden naar de (mogelijk andere) gevolgen van deze fout en naar de financiële schade die daarmee gepaard gaat.

17 Als de aansprakelijkheidsverzekeraar niet in staat mocht zijn om op een onderbouwde aansprakelijkstelling een gemotiveerd standpunt in te nemen over de aansprakelijkheid en het nodig vindt om een medisch deskundige in onderling overleg aan te zoeken, draagt hij daarvan de kosten.

TOELICHTING Het komt voor dat de medisch adviseur van de verzekeraar niet in staat is om in een zaak te adviseren, omdat daarvoor (zeer) specialistische kennis is vereist. Dan zal de verzekeraar geen standpunt over aansprakelijkheid kunnen innemen en die kennis van een derde moeten betrekken. Het is dan wel zo praktisch om dit in onderling overleg met (de

belangenbehartiger van) de patiënt te laten gebeuren. Daarmee wordt bewerkstelligd dat het deskundigenrapport ook van waarde is voor de patiënt: het eenzijdig tot stand gekomen deskundigenrapport zal die status nooit verkrijgen. Aldus zullen beide partijen hun positie in rechte beter kunnen inschatten. Het in onderling overleg tot stand gekomen deskundigenrapport geldt immers als sterk bewijsmiddel. Dat gegeven zal er ook toe moeten leiden dat de verzekeraar een patiënt die in dit stadium nog zonder belangenbehartiger opereert, adviseert zich van deskundige juridische bijstand te voorzien en in het algemeen informeert over het kostenaspect daarvan.

18 Als bij een goed onderbouwde aansprakelijkstelling en een goed gemotiveerde afwijzing daarvan een verschil van inzicht op het medische gebied blijft bestaan, zal in gezamenlijk overleg een deskundigenonderzoek worden gevraagd om in medisch opzicht de duidelijkheid te verschaffen die nodig is voor een juridisch oordeel over de bestreden behandeling. De kosten van dit deskundigenonderzoek komen in beginsel voor rekening van beide partijen.

TOELICHTING Vaak zal na onderzoek door de medisch adviseurs van iedere partij duidelijk zijn hoe het handelen vanuit medisch perspectief moet worden beoordeeld. Soms is echter toch onduidelijk waarom de medisch adviseurs de medische feiten verschillend wegen. Als daarvoor geen oorzaken zijn aan te wijzen, kan nader onderzoek door een medisch deskundige gewenst zijn. Het is dus niet de bedoeling een nader onderzoek in te stellen als de medische opvattingen duidelijk zijn geformuleerd, maar tegenover elkaar staan, zoals bij een scholenstrijd.

KNELPUNT Verzekeraars realiseren zich dat de kosten die gemoeid gaan met de inschakeling van een medisch deskundige voor de patiënt een probleem kunnen opleveren. Het is echter in de huidige situatie niet haalbaar om de patiënt hierin tegemoet te komen. Alleen in de situatie dat de verzekeraar uiteindelijk aansprakelijkheid alsnog erkent of door de rechter aansprakelijk wordt geoordeeld, zal de verzekeraar de kosten die waren verbonden aan de werkzaamheden van de medisch deskundige voor zijn rekening nemen.

In het kader van de Regeling subsidiëring medische haalbaarheidsonderzoeken in letselschadezaken is het voor patiënten, wanneer aan bepaalde voorwaarden is voldaan, mogelijk om aanspraak te maken op een subsidie. Deze subsidie bedraagt ten hoogste € 238,-- (inclusief BTW) per medisch haalbaarheidsonderzoek. Niet alleen is een medisch haalbaarheidsonderzoek nog geen medisch deskundigenonderzoek, de praktijk leert dat het voor dit bedrag onmogelijk is een advies te verkrijgen. Het is belangrijk dat hier een oplossing voor komt, maar dit behoort niet tot de mogelijkheden van de betrokken GOMA-partijen.

19 Partijen communiceren open en voortvarend over de totstandkoming van een medisch deskundigenonderzoek in gezamenlijk overleg.

TOELICHTING Het is mogelijk dat partijen het niet eens zijn over het antwoord op de aansprakelijkheidsvraag en/of het antwoord op de vraag welke gevolgen aan de vermeende fout kunnen worden toegerekend. Dan kunnen zij in gezamenlijk overleg besluiten tot het aanvragen van een medisch deskundigenonderzoek om daarin meer inzicht te krijgen.
In sommige gevallen kan het wel zo praktisch zijn om het medisch deskundigenonderzoek te 'splitsen'. Dat wil zeggen eerst onderzoek doen naar de vraag of er al dan niet fout is gehandeld. En pas als op grond van dat rapport een fout erkend wordt, een tweede medisch deskundigenonderzoek beginnen dat de gevolgen van de fout beziet. Het eerste medisch deskundigenonderzoek kan een zogenoemde 'papieren deskundigenonderzoek' zijn.
Dit komt de snelheid vaak ten goede, omdat onderzoek van de benadeelde achterwege wordt gelaten. Bovendien verhindert een 'papieren deskundigenonderzoek' dat nauwelijks te verifiëren verklaringen van betrokkenen in de bespiegelingen van de medisch deskundige worden betrokken. Mocht blijken dat er geen fout is aan te tonen, dan worden er kosten bespaard door het achterwege laten van een onderzoek naar de gevolgen. Een splitsing is vaak ook een goede oplossing omdat het geregeld voorkomt dat de gevolgen van een eventuele fout op het terrein van een ander specialisme liggen.
Er zijn situaties denkbaar waarbij het de voorkeur verdient om het medisch deskundigenonderzoek juist niet te splitsen en wel te combineren. Wanneer

uiteindelijk twee afzonderlijke medisch deskundigenonderzoeken worden verricht, zijn de kosten hoger dan bij één gecombineerd medisch deskundigenonderzoek. Hoewel het kostenaspect natuurlijk niet doorslaggevend mag zijn, speelt het hierin wel een rol. Daarom kan een gecombineerd medisch deskundigenonderzoek worden overwogen wanneer een medisch deskundige van hetzelfde medisch specialisme zowel de aansprakelijkheid als de gevolgen daarvan dient te beoordelen. Een tweede voordeel van een gecombineerd medisch deskundigenonderzoek is de te behalen tijdswinst. Aan wachttijd voor een oproep voor een medisch onderzoek, maar ook voor de ontvangst van een deskundigenrapport, is niet te ontkomen. Bij een gecombineerd medisch deskundigenonderzoek hoeft er maar één keer gewacht te worden, wat de voortgang van het proces bevordert.
Dan zijn er nog situaties denkbaar waarbij juist de persoonlijke lezing van de betrokken partijen (van zowel de zorgaanbieder als de patiënt) van het gebeurde evenals hun persoonlijke visie daarop van belang kunnen zijn bij het beoordelen van de aansprakelijkheid. In die situaties heeft een medisch deskundigenonderzoek, waarbij de medisch deskundige beide partijen persoonlijk spreekt, de voorkeur boven een 'papieren' deskundigenonderzoek.
Wanneer wordt besloten tot het aanzoeken van een medisch deskundige is het in het belang van zowel de patiënt als de verzekeraar dat het deskundigenonderzoek snel plaatsheeft. In gezamenlijk overleg zal er overeenstemming moeten worden bereikt over het specialisme, de persoon van de medisch deskundige en over de formulering van de vraagstelling en de aanbiedingsbrief. Dit voorkomt discussie achteraf waarmee de toegevoegde waarde en effectiviteit van het medisch deskundigenonderzoek in het geding kunnen komen.
Om voortvarend te werk te kunnen gaan is het zinvol om onderstaande good practices in het oog te houden.

GOOD PRACTICES

- Partijen plegen zowel mondeling als schriftelijk overleg.
- Vanuit het oogpunt van efficiëntie lijkt het praktisch dat degene die de medisch deskundige uiteindelijk zal aanschrijven een eerste voorzet ten aanzien van de vraagstelling geeft.
- In hun voorstel een bepaalde medisch deskundige te benoemen, streven partijen ernaar dié medisch deskundige voor te stellen die het best geschikt is om over de kwestie te oordelen.

- Wanneer één van de partijen onbekend is met een voorgestelde medisch deskundige wordt, zo mogelijk, een geanonimiseerd rapport van deze medisch deskundige aan die partij voorgelegd.
- Bij de medisch deskundige wordt vooraf nagegaan of hij in de gelegenheid is om betrokkene te onderzoeken en op welke termijn hij denkt te kunnen rapporteren.
- In beginsel wordt uitsluitend schriftelijk gecommuniceerd met de medisch deskundige. Van alle correspondentie (inclusief e-mails) wordt een afschrift gezonden (door middel van cc of doorsturen) aan de andere betrokken partij.
- Als de medisch deskundige het nodig vindt partijen toch te horen, dan wordt bekeken op welke wijze dat mogelijk is, namelijk al dan niet in bijzijn van de belangenbehartiger en verzekeraar. Is dat laatste het geval dan zal hem gevraagd worden in zijn rapport weer te geven welke informatie van welke partij afkomstig is.
- De medisch deskundige wordt altijd gevraagd om een conceptrapport voor commentaar toe te zenden aan beide partijen.
- Als het rapport ook een beoordeling van de fysieke en/of mentale toestand van de patiënt behelst, krijgt de patiënt het blokkeringsrecht aangeboden, alvorens het concept ook naar de verzekeraar gaat.
- Het staat partijen vrij om, zonder toestemming van de andere partij, een eerste commentaar te leveren op het concept, mits er in dat geval geen vragen worden gesteld waarvan uitdrukkelijk is overeengekomen dat die niet aan de medisch deskundige zouden worden voorgelegd.
- Het kan zijn dat na het verkrijgen van het definitieve deskundigenrapport toch nog vragen onbeantwoord zijn gebleven, antwoorden voor meerdere uitleg vatbaar zijn of antwoorden leiden tot nieuwe vragen. In dat geval worden aanvullende vragen uitsluitend met instemming van de andere partij en schriftelijk voorgelegd aan de medisch deskundige binnen twee maanden na ontvangst van het definitieve deskundigenrapport.

Wanneer op voorgaande wijze een deskundigenrapport tot stand komt, zal het rapport dienen als belangrijk en volwaardig bewijsmiddel in een eventuele gerechtelijke procedure.

Literatuur

- Beleidsdocument Veilig Melden. Utrecht: 2007.
- Bon, A. van en Molendijk, H., Als het misgaat – Openheid na een incident. Zwolle: Isalaklinieken, 2009.
- Feinmann, J., 'You can say sorry'. In: *British Medical Journal* 2009; 339: 482-3.
- KNMG. Omgaan met incidenten, klachten en fouten – Wat mag van artsen worden verwacht? Utrecht: KNMG, 2007.
- Legemaate, J., Everdingen, J.J.E. van, Kievit, J. en Stappers, J.W.M., Openheid over fouten in de gezondheidszorg. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2007; 151: 319-22.
- Wagner C. en Wal, G. van der, Voor een goed begrip – Bevordering patiëntveiligheid vraagt om heldere definities. *Medisch Contact* 2005; 60: 1888-91.

Begrippenlijst

Aansprakelijkheidsverzekeraar	Verzekeraar bij wie de zorgaanbieder verzekerd is tegen het risico van aansprakelijkheid en de daaruit voortvloeiende schadeclaims van onder meer patiënten en/of hun nabestaanden. Daar waar in de tekst wordt gesproken over verzekeraar, wordt daar de aansprakelijkheidsverzekeraar mee bedoeld, tenzij uitdrukkelijk anders is aangegeven.
Aansprakelijkstelling	Brief waarin de patiënt of iemand namens hem de zorgaanbieder aansprakelijk stelt voor een gebeurtenis en de gevolgen daarvan en kenbaar maakt aanspraak te maken op vergoeding van de schade.
Belangenbehartiger	Dit betreft een (rechts)persoon, die namens de patiënt aansprakelijk stelt en/of een claim indient en daarbij de belangen vertegenwoordigt van de patiënt. Deze (rechts)persoon kan zijn een advocaat, een rechtsbijstandverzekeraar, een letselschadebureau of een zelfstandig werkend letselschadespecialist.
Blokkeringsrecht	Recht van de patiënt om als eerste kennis te nemen van de rapportage van de ingeschakelde en deskundige teneinde te kunnen beslissen of de inhoud van deze rapportage aan anderen doorgaans de opdrachtgever(s) ter beschikking mag worden gesteld.
Buitengerechtelijke kosten	Kosten die een patiënt maakt om, buiten het kader van een gerechtelijke procedure, aansprakelijkheid aan te tonen en/of zijn schade te verhalen.
Causaliteit	Oorzakelijk verband tussen de fout en het letsel van de patiënt evenals het oorzakelijk verband tussen de fout en de door patiënt geleden en/of nog te lijden schade.
Civielrechtelijk aansprakelijk stellen	Schadevergoeding vorderen op basis van het civiele recht. Zie ook aansprakelijkstelling
Complicatie	Onbedoelde gebeurtenis die inherent is of kan zijn aan bepaalde onderzoeken of behandelingen.
Deskundigenrapport	Het rapport opgesteld door de medisch deskundige.
Dubbele redelijkheidstoets	Toetsing waarbij beoordeeld wordt of het redelijk is dat de patiënt zich van juridische bijstand voorziet en of de omvang van de kosten daarvan redelijk is.

Fout	Onjuist handelen/nalaten.
Gerechtelijke procedure	Procedure bij een kantonrechter, rechtbank, gerechtshof of de Hoge Raad.
Incident	Een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid of (nog) kan leiden.
Klacht	Het te kennen geven van ontevredenheid.
Medisch adviseur	Een arts die een partij van medisch advies voorziet.
Medisch dossier	Alle medische bescheiden die in relatie met de klacht (kunnen) staan.
Medisch deskundige	De specialist die een medisch deskundigenonderzoek verricht.
Medisch deskundigenonderzoek	Het door een partij of door partijen gezamenlijk gevraagde onderzoek door een specialist naar aanleiding van een incident met gevolgen, dat de specialist afsluit met een rapport waarin hij de vragen beantwoordt die hem zijn gesteld door de aanvrager(s) van het onderzoek.
Medisch haalbaarheidsonderzoek	Onderzoek door een medisch deskundige naar de haalbaarheid van een aansprakelijkstelling
Ophelderingsplicht	De plicht van de zorgaanbieder om zoveel mogelijk feitelijke gegevens te verschaffen.
Patiënt	De natuurlijke persoon op wie de geneeskundige handelingen rechtstreeks betrekking hebben, lees ook nabestaande.
Schadebehandelaar	Dossierbehandelaar bij de aansprakelijkheidsverzekeraar van de zorgaanbieder.
Schadeclaim	Vordering van een patiënt tot vergoeding van de door hem geleden en/of in de toekomst nog te lijden materiële of immateriële schade.
Toerekenbare tekortkoming	Een wanprestatie, d.w.z. een schending van een verbintenis op een zodanige wijze, dat deze degene die tot een prestatie verplicht is (de schuldenaar) valt toe te rekenen.
Tuchtprocedure	Procedure voor een tuchtcollege op basis van een klacht van een patiënt.

deletselschaderaad.nl

Bij het vaststellen van de aansprakelijkheid na een claim van een slachtoffer in de gezondheidszorg doen zich regelmatig problemen voor. Dat was de directe aanleiding voor het opstellen van deze Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA). Deze Gedragscode bevat aanbevelingen die tot doel hebben dergelijke problemen te voorkomen cq. op te lossen. De belangen van de patiënt staan daarbij centraal.

De Gedragscode geeft eerst een aantal aanbevelingen die betrekking hebben op de communicatie tussen patiënt en zorgaanbieder. Een goede communicatie voorkomt immers dat er misverstanden ontstaan over een (onnodige) klacht of claim. Zo voorkomt men dat kleine irritaties uitgroeien tot grote problemen.

Als het tot een verzoek om schadevergoeding komt, kan een adequate reactie van de zorgaanbieder bijdragen aan een vlotte en voor de patiënt bevredigende behandeling van de klacht c.q. afhandeling van de claim. Ook daarvoor geeft deze Gedragscode aanbevelingen.

